

Nombre de la Actividad:

Taller de Humanización de los Servicios de Salud (seguimiento del plan de capacitación 2026) código: 2.1 .1.01

Área Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 12 de febrero

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 8am a 3pm

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Glenn Dyer	F	022060816	Presu	Hospital R.D.A. Musa	Glenn Dyer	829-49-0373
Glenn Dyer	F	0230155986	Presu	Hospital R.D.A. Musa	Glenn Dyer	829-775-3798
Alonso Sandoval S	F	402-22883370	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Alonso Sandoval S	829-438-2675
Alonso Sandoval S	F	023-0119988-2	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Alonso Sandoval S	809-305-0740
Alonso Sandoval S	F	023-015317-1	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Alonso Sandoval S	829-531-4931
Rosario Dela Rosa	F	402-285493-5	Almacén	HOSP. R.D.A. Musa	Rosario Dela Rosa	809-670-8231
Ana Lucía Moya	F	402-2314705	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Ana Lucía Moya	829-856-6936
Marlyn N. Zúñiga	F	402-11540808	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Marlyn N. Zúñiga	829-230-6816
Zuleida Dujon	F	402-2032344	Presu	HOSP. R.D.A. Musa	Zuleida Dujon	829-924-5231
María Lugo	M	402-111621-1	R.E.C.C.	Hosp. R.D.A. Musa	María Lugo	809-416-3145
María Lugo	F	0240021773	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	María Lugo	829-357-7524
Rafael Rosado	F	087-0021010-0	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Rafael Rosado	829-359-0161
Rafael Rosado	F	023-0164708	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Rafael Rosado	829-927-9659
Maria Salinas	F	023-0168176-9	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Maria Salinas	829-455-2702
Rafael Rosado	F	402-1119735	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Rafael Rosado	829-388-0398
Rafael Rosado	F	402-1939230	Presu	Hosp. R.D.A. Musa	Rafael Rosado	809-865-4582

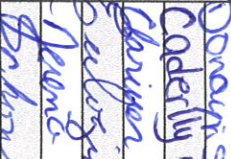
*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (# solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
DONAYIS RODRIGUEZ	F	402-33683636	A. alvarado	Hospital R.Dr. Antonios	DONAYIS R.	829-754-1887
Caderly Valen Soler	F	402-09430194	A. alvarado	Hospital R.Dr. Antonio M	Caderly A.	829-691-9667
Claviera Gomez	F	402-11672247	A. alvarado	Hospital R.Ortografia	Claviera S.	849-553-2532
Calderon Galindo	F	L/A	Dr. Galindo	XRAY	Dr. Calderon	829-372-9227
Deane Perez	F	023-014714	R.R.F.H	HAZARDONE	Perez	829-584-133
Beckoni Pedro	F	023-015074	RAI	"	Schmidt	" "
Gilman-Jordan	F	402-1924531	Primerop	"	Schmitt	" "

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
 - Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



DR. ANTIO

2 | Página



Formulario Acta de Reunión

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/2018

Dirección O Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Actividad: Seguimiento Ejecución Plan de capacitaciones SNS -2026

Código: 2.1.1.01

Evidencias de la capacitación de (Humanización de los servicios de salud)

Fecha: 12 de febrero 2026



Acuerdos/ Compromisos		Responsable	Plazo De Ejecución	Logrado	
				SI	NO
Coordinado(A) De Reunión	Licda. Eraquia Ogando Lorenzo				
Relator(A)					





REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040-2025
Edición 9

Código de la Acción de Capacitación: 20260300287
Nombre de la Acción de Capacitación: HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO MUSA
Facilitador(a): ROSAURA REYES RODRIGUEZ

Fecha de Inicio: 12/02/2026
Fecha de Término: 12/02/2026
Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel		Firma Asistencia de los Participantes						Resultado	
			F	M	OP	MM/G		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	C	NC
1	02301503252	SAHONI DOLORES ANGOMAS MEJIA	X			X		12/02/2026							
2	02300119555	SONIA CABRERA REYNA	X			X									
3	40228572935	ROSANA DE LA ROSA RAMIREZ	X			X									
4	40220372441	ZULEICA DRUJAN	X			X									
5	02301559866	GLORIBEL EUSEBIO RUIO	X			X									
6	40211672247	CLARIVER GOMEZ	X			X									
7	02400213993	MIOSOTIS GOMEZ VALDEZ	X			X									
8	02301199887	HELEN GUMBS FLORES	X			X									
9	40211197765	KEILA ANABEL JIMENEZ CORNIELE	X			X									
10	02301537177	ANA DELIA MADRIGAL PEREZ	X			X									
11	40219792930	YUBEYRIS MATEO JIMENEZ	X			X									
12	02301491490	JESENIA MEJIA	X			X									
13	40223142056	ANA LUISA MEJIA	X			X									
14	02301681769	MARIA ESTHER NOVA MARTINEZ	X			X									
15	02300839855	ROSA MARIA ORTIZ SANTANA	X			X									
16	40211116211	LUIS GERARDO PEGUERO REYES		X		X									
17	40219724537	GAVINA POLANCO ROSARIO	X			X									
18	02301648008	YOKASTA RINCON	X			X									
19	40233683636	DONAYRIS RODRIGUEZ	X			X									
20	08700210100	KATHERINE ROSARIO PERDOMO	X			X									
21	40222887370	YIRUBA SANCHEZ SANCHEZ	X			X									
22	40209430194	CADERILLY VALENZUELA GUERRERO	X			X									
23	02301560559	DEIBI VARELA PIMENTEL		X		X									
24	40211540808	MAROLYN NICOLE ZORRILLA MARTE	X			X									
Total			22	2		24									

Observaciones: _____
Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica
Contraparte de la Empresa: _____ Asesor(a): _____ Encargado(a) de División Depto. _____
Facilitador(a): _____



Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040:2025

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Facilitador: Se escribe el nombre del facilitador que imparte la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa; Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa; Ejemplo 13-12-14

Total Horas Instrucción: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Período.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nomina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica, N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se coloca una marca de cotejo en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcara con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM/G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda.

Totales: se coloca la cantidad de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: se escriben aquellas informaciones que sean relevantes.

Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Encargado de División o Depto.: El encargado responsable de la división o departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción descada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

Nombre de la Actividad: Taller de Inteligencia Emocional (seguimiento del plan de capacitación 2026) código: 2.1 .1.01

Área Responsable: Recursos Humanos

Fecha: 19 de marzo

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 8:am a 3:pm

Lugar/Plataforma: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Participantes					
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma
Enrique D. Jara	F	0230009531	Docente	Hospital Antonio Musa	Enrique D. Jara
Esther Paredes	F	402-2021172-6	Psicóloga	H.D.A.M.	Esther Paredes
Thomás R. Jara	F	0230008734-2	Docente	Hospital Antonio Musa	Thomás R. Jara
María Estrella	F	026601453	Docente	Hospital Antonio Musa	María Estrella
María Estrella	F	023016876-9A5-U	Docente	Hospital Antonio Musa	María Estrella
Chantal Jara	F	402-09483244	R1 Ped	H.D.A.M.	Chantal Jara
Verónica Guerrero	F	402-2478943-4	R1 NRC	H.D.A.M.	Verónica Guerrero
Paulina Jara	F	02301361099	Docente	Hospital Antonio Musa	Paulina Jara
Thomás R. Jara	F	02301647562	Docente	H.D.A.M.	Thomás R. Jara
Thomás R. Jara	F	0270003093-1	Docente	H.D.A.M.	Thomás R. Jara
Angela Bellón	F	402-2850443	Docente	H.D.A.M.	Angela Bellón
Roselinda Rodríguez	F	0230159680-1	Docente	H.D.A.M.	Roselinda Rodríguez
Kamila	F	02301257016	Docente	H.D.A.M.	Kamila
Ana Samuel	F	023-0153033	Docente	H.D.A.M.	Ana Samuel
Silvia Flores	F	024-0110324	Docente	H.D.A.M.	Silvia Flores
Thomás R. Jara	F	0230009531	Docente	H.D.A.M.	Thomás R. Jara

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



***Instrucciones de llenado:** - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



| Dirección Departamento: Recursos Humanos, Hospital Regional Dr. Antonio Musa
Actividad: Seguimiento Ejecución Plan de capacitaciones SNS-2026
Código: 2.1.1.01

Evidencia de la Capacitación (Inteligencia Emocional)

Fecha : 19 de marzo 2026.



Acuerdos/ Compromisos		Responsable	Plazo De Ejecución	Logrado	
				SI	NO
Coordinado(A) De Reunión	Licda. Eraquia Ogando Lorenzo				
Relator(A)					





Código de la Acción de Capacitación:
Nombre de la Acción de Capacitación:
Institución/ Empresa:
Facilitador(a):

Fecha de inicio: 19/13/2026
Fecha de término: 19/13/2026
Horario: 8 A pagar 8
Total Horas Programadas: 8

REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Imprimir

PARTICIPANTES		SEXO		NIVEL		FECHA					Firmas asistencias de los participantes					Resultado	
Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	FECHA					Firmas asistencias de los participantes					C	N/C
40224789434	NEFALLE GUERRERO																
40220241222	ESKANDARIE RAMIREZ																
40209637249	CHIMBEL LOPEZ																
0330892342	MONICA RUIZ																
0260014535	MARTIN PEREZ																
0230134109	EVELYN GUAMAN																
40228507147	ARIELINO BILIBARI																
02301530313	ORLANDO SANCHEZ																
02301257016	KAROLINA LACOR																
023015916801	ROSALEI RODRIGUEZ																
09800145905	ANGEL MORA																
02300130931	ROSA ORTIZ																
40211072247	CLAUDIA GOMEZ																
02301481769	MARIA TERESA MORA																
02328802919	MISALINO FELIZ																
02300797871	ADRIANA OLIVERA																
02401103229	SILVIA OLIVERA																
40242949697	ANA LOPHIA																
02300871387	VERONICA ZARATE																
02301645662	LEANDRO MORA																
02300857418	ADRIANA PUECO																
02301580177	DALENS SANCHEZ																
02300250343	ARIELY RODRIGUEZ																
24																	
25																	
Totales																	

Legendas: F= Femenino, M= Masculino, OP= Operario, MM= Mandos Medios, G= Gerente, Resultado. C= Califica N/C= No califica

Certificado Físico ☐ Web ☐
OBSERVACIONES:



Contraparte de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.

Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040-2025

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución/Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Facilitador: Se escribe el nombre del facilitador que imparte la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa; Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa; Ejemplo 13-12-14

Horario: Se escribe el horario en que se ejecutará la acción formativa. Ej. 8:00 a.m. - 12:00 m.

Total Horas Programadas: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Período.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nomina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica, N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se marca con una X en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcará con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM /G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda .

Totales: Se coloca la cantidad total de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: Se escriben informaciones que se estimen relevantes.

Empresa: Se escribe la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Encargado de División o Depto.: El encargado responsable de la division o departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

  Informe de Avances SISMAP Salud		Documento No.: INAP-FOF-029
		Fecha de emisión: 03/07/2024
		Fecha de revisión: N/A
Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas		Versión: 01

Institución: Hospital Regional Dr. Antonio Musa **Fecha:** 24/03/2026

Responsable: Licda. Eraquia Ogando **Correo Electrónico:** eraquiaogando18@gmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
		Enero		no planificada
2	Humanización de los Servicios de Salud	Febrero	Logrado	
3	Inteligencia Emocional	Marzo	Logrado	
4	Redacción y Presentación de Informes Técnicos	Abril	En Proceso	
5	Inducción a la Administración Pública	Mayo	En Proceso	
6	gestión de calidad en la Administración Pública aplicado Caf	Junio	En Proceso	
7	Inducción a la Administración Pública	Julio	En Proceso	
8	manejo de Conflictos	Agosto	En Proceso	
9	competencia requerida para un Liderazgo Eficaz	Septiembre	En Proceso	
10	Proceso de gestión Administrativa	Octubre	En Proceso	
11	trabajo en Equipo	Noviembre	En Proceso	

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
10

Programas Logrados
2

% de avance
20%

Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello




PLAN DE CAPACITACIÓN 2026

Institución : Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Ministerio al que pertenece: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)

Provincia: San Pedro de Macorís

Sector: Sector que Pertenece

Nomenclatura: INAP-FAC-00

Tipo: Formulario

Versión:

Vigencia: 7/7/202

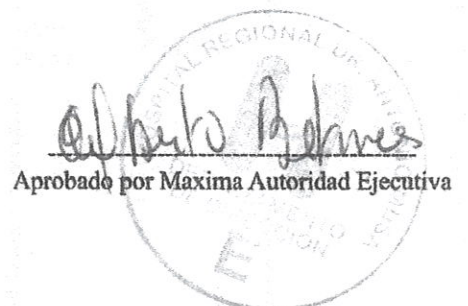
NO	TIPO DA ACCIÓN FORMATIVA	NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA	MODALIDAD	DIRIGIDO A GRUPO OCUPACIONAL	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	TRIMESTRE EN EJECUCIÓN	PROVEEDOR	APOTE UNITARIO	APORTE TOTAL
1	Taller	Trabajo en Equipo	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Comunicación efectiva, colaboración y resolución de problemas de grupo.	25	Cuarto trimestre	OTRO Infotep	350	8,750
2	Taller	Proceso de Gestión Administrativa	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Adquirir conocimientos sobre los procedimientos y así poder solucionar posibles problemas.	25	Cuarto trimestre	OTRO Infotep	290	7,250
3	Taller	Competencia requerida para un liderazgo eficaz	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Reforzamiento de las aptitudes, criterios de las labores ejecutivas y desempeño laboral de los participantes para así poder alcanzar objetivos en comun.	25	Tercer trimestre	OTRO Infotep	275	6,875
4	Taller	Manejo de conflicto	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Adquirir conocimientos de capacidad para aplicar habilidades cognitivas y emocionales.	25	Tercer trimestre	OTRO Infotep	325	8,125
5	Curso	Inducción a la Administración Pública	Virtual	I: 10 , II: 5 , III: 5 , IV: 3 , V: 2	Descripción : A través del curso Inducción a la Administración Pública, es necesario dar a conocer el funcionamiento general del Estado dominicano a los servidores públicos, de forma tal, que cuenten con el conocimiento de los procesos y procedimientos generales de las Objetivo General : Al finalizar esta acción formativa, el/la participante estará en la capacidad de identificar los propósitos del Estado, su función administrativa y de gestión, así como, la forma de organización del sector público y sus leyes transversales que le regulan Competencias : Conciencia Social, Pasión por el Servicio al Ciudadano, Innovación	25	Tercer trimestre	INAP		0
6	Curso	Gestión de Calidad en la Adm. Pública aplicado al Marco Común de Evaluación (CAF)	Presencial	I: , II: , III: , IV: 16 , V: 9	Descripción : La acción formativa Gestión de Calidad en la Administración Pública aplicado al Marco Común de Evaluación (CAF) está orientada a fortalecer en los(as)	25	Segundo trimestre	INAP		0

				continuas, eficiencia institucional y una mayor orienta Competencias : Eficiencia, Planificación y Organización, Visión Estratégica.					
curso	Inducción a la Administración Pública	Virtual	I: 9 , II: 5 , III: 4 , IV: 4 , V: 3	Descripción : A través del curso Inducción a la Administración Pública, es necesario dar a conocer el funcionamiento general del Estado dominicano a los servidores públicos, de forma tal, que cuenten con el conocimiento de los procesos y procedimientos generales de las Objetivo General : Al finalizar esta acción formativa, el/la participante estará en la capacidad de identificar los propósitos del Estado, su función administrativa y de gestión, así como, la forma de organización del sector público y sus leyes transversales que le regulan Competencias : Conciencia Social, Pasión por el Servicio al Ciudadano, Innovación	25	Segundo trimestre	INAP		0
aller	Redaccion y presentacion de informe tecnico	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Planificar, redactar y organizar, adquiriendo conocimientos sobre la buena redaccion y organizacion de informes.	25	Segundo trimestre	OTRO Infotep	275	6,875
aller	Inteligencia Emocional	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Auto conocimiento, gestion de las emociones, empatia y motivacion. Adquirir mayor bienestar personal y profesional mediante la capacidad de las emociones.	25	Primer trimestre	OTRO Infotep	375	9,375
aller	Humanizacion de los Servicios de Salud	Presencial	I: , II: , III: , IV: , V:	Integrar comprension vulnerable que asisten al centro de salud. Solidaridad, Respeto y empatia.	25	Primer trimestre	OTRO Infotep	350	8,750

APORTE INAP: 0



Revisado por responsable de Recursos Humanos





Informe Trimestral de Eiecución del Plan de Capacitación

Nomenclatura: INAP-FAC-003
Tipo: Formulario
Versión: 2
Vigencia: 22/11/2019

Institución:

Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Trimestre correspondiente:

ENERO/FEBRERO/ MARZO 2026

Fecha:

lunes 23/03/2026

Capacitación Programada	Área Requiriente	Conocimientos/ Competencias a desarrollar o fortalecer	Capacitaciones Ejecutadas	Cantidad Participantes Género Femenino	Cantidad Participantes Género Masculino	Cantidad de Participante	Costo Estimado por Participante	Costo Total
			NO PROGRAMADA					
HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	TODAS LAS AREAS	INTEGRAR LA COMPRESION VULNERABLE DE LOS OACIENTES QUE ASISTEN EN BUSCA DE SERVICIO AL CENTRO HOSPITALARIO	HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	22	2	24	RD\$280.00	RD\$6,720
INTELIGENCIA EMOCIONAL	TODAS LAS AREAS	FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE CALIDAD DE SERVICIO AL CLIENTE COMO FACTOR ESENCIAL DE DIFERENCIACIÓN EN SU ORGANIZACIÓN.	INTELIGENCIA EMOCIONAL	22	1	23	RD\$300,00	RD\$6,600
								RD\$ 13,320.00
TOTAL								RD\$ 13,320.00

Responsable Dpto. de Recursos Humanos

Firma y sello

